



## هيئة التنظيم المالي والمهني بولاية إلينوي

### نموذج شكوى

إن القوانين واللوائح الفيدرالية وقوانين الولايات تُلزم ولاية إلينوي بالامتثال لكافة قوانين تجريم التمييز، والتي تشمل على سبيل المثال لا الحصر قانون الحقوق المدنية الفيدرالي (Civil Rights Act of 1964) وقانون الأمريكيين ذوي الإعاقات (Americans with Disabilities Act) وقانون حقوق الإنسان بولاية إلينوي (Illinois Human Rights Act). ومن صميم هذا الالتزام أن تضمن حكومة ولاية إلينوي حصول جميع الأفراد على ما تقدمه من خدمات وإعانات وبرامج على النحو الصحيح. فإذا شعرت أنك تعرضت للحرمان من خدمات الولاية أو إعاناتها أو برامجها أو للتضييق والتمييز بسبب عمرك أو عرقك أو جنسك أو إعافتك أو أصلك الوطني أو توجهك الجنسي أو أي سبب آخر يجرم القانون التمييز بناء عليه، فيرجى تعبئة هذا النموذج وإرساله إلى: [FPR.EEO@Illinois.gov](mailto:FPR.EEO@Illinois.gov).

### بيانات الشاكي

اسمك وعنوانك:

الاسم

العنوان

المدينة

الولاية

الكود البريدي

رقم/أرقام هاتفك وبريدك الإلكتروني:

هاتف المنزل

رقم بديل

ما الأوقات المناسبة للاتصال بك؟

مساءً

صباحًا

البريد الإلكتروني

### أساس الشكوى:

ضع علامة أمام جميع ما ينطبق

الإعاقة	الهوية الجنسية	الجنس	العرق الأصل
الانتقام	الحمل	العمر	اللون
التحرش الجنسي	وضع الجنسية	سوابق الوطني	الدين
آخر	الاعتقال	خدمات اللغة	التوجه الجنسي

### بيانات الشكوى

يرجى تحديد المكتب التابع لولاية إلينوي (أو أي مكان آخر) الذي وقعت فيه الحادثة/الحوادث التي ترفع شكواك بشأنها

يرجى أن تحدد بقدر الإمكان الموظف أو الموظفين التابعين لحكومة الولاية وأي شخص آخر متورط في الحادثة/الحوادث المذكورة

يرجى تحديد وقت وتاريخ الحادثة/الحوادث تقريبًا:

يرجى شرح مشكلتك أو شكواك. وتأكد من ذكر معلومات الحادثة مثل: الأشخاص المتورطين وماذا فعلوا وقالوا واذكر أي ألفاظ مسيئة أو مهينة تفوهوا بها، وإذا شعرت أنك تعرضت أنت أو شخص آخر للتمييز عن الغير، وإذا كنت قد حاولت الحصول على المعلومات أو الخدمات الحكومية في الولاية ولم تستطع، واذكر أي معلومات أخرى ترى أنها مهمة في الشكوى. إذا احتجت إلى فراغ إضافي للكتابة أو أردت ذكر معلومات أخرى متعلقة بشكواك، فيرجى إرفاقها مع هذا النموذج.

هل معك شهود لديهم معلومات عن شكواك؟ إذا كان معك شهود فيرجى كتابة أسمائهم وعناوينهم وأرقام هواتفهم.

الاسم	العنوان	رقم الهاتف

## شكاوى خدمات اللغة:

يرجى تعبئة الجزء التالي إذا كانت شكواك بشأن عدم توفر الخدمات الحكومية باللغة التي تتحدثها أو تكتبها.

1. ما هي اللغة أو اللغات التي تتحدثها؟

2. هل تقرأ وتكتب بلغتك؟

3. هل ساعدك أحد في تعبئة هذا النموذج؟

إذا أجبت بـ "نعم" على السؤال رقم 3، فيرجى ذكر اسم الشخص الذي ساعدك وبيانات الاتصال به:

أشهد وأقر بأنني قرأت هذه الشكوى وأن المعلومات التي ذكرتها فيها صحيحة ودقيقة على حد علمي.

التاريخ

التوقيع